

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ АНАЛЬНЫХ СФИНКТЕРОВ

Муравьев А.В.,^{1,2} Линченко В.И., Муравьев К.А.,¹ Чумаков П.И.,¹
Петросянц С.И.,² Оверченко Д.Б.,² Галстян А.Ш.,² Ефимов А.В.³

¹ ФГБОУ ПО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Ставрополь
(ректор – профессор В.И. Кошель)

² ГБУЗ СК «ГКБ №2», г. Ставрополь
(главный врач – А.И. Былим)

³ ФБГУ «Туапсинский многопрофильный центр» Минздрава России, г. Туапсе
(директор – А.В. Ефимов)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ. Разработать тактику лечения посттравматической недостаточности анального сфинктера в экстренной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. В отделении колопроктологии с 1977 по 2015 гг. пролечено 472 больных с недостаточностью анального сфинктера, как в плановом, так и в экстренном порядке. 125 из них проведена консервативная терапия. Оперативное лечение выполнено у 347 пациентов. В экстренном порядке поступили 24 пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ВЫВОДЫ. Успех реабилитации этих больных во многом зависит от своевременной и адекватной хирургической помощи в момент повреждения сфинктера. Свежие разрывы промежности 3 степени в родах должны ушиваться опытными акушерками и только послойно.

При бытовой травме сфинктера и поступлении в стационар до 24 часов, возможно выполнение сфинктеропластики без колостомы, после 24 часов – только с превентивной колостомой. Огнестрельные повреждения сфинктера нуждаются в хирургической обработке раны без сфинктеропластики и с обязательным наложением стомы.

[Ключевые слова: посттравматическая недостаточность анального сфинктера, сфинктеропластика, хирургическая тактика]

POST-TRAUMATIC ANAL SPHINCTER INSUFFICIENCY.

Muravyev A.V.,^{1,2} Linchenko V.I.,^{1,2} Muravyev K.A.,¹ Chumakov P.I.,¹ Petrosyans C.I.,² Overchenko D.B.,² Galstyan A.S.,² Efimov A.V.³

¹ The federal state budget educational institution of higher education «Stavropol state medical university» of the ministry of health of the Russian Federation (Rector – professor V.I.Koshel)

² The Stavropol Sity Hospital №2 (Head of hospital–A.I.Bylim)

³ Tuapse multi-center (director – A.V.Efimov)

AIM. To develop tactics of treatment for post-traumatic anal sphincter insufficiency in emergency surgery.

MATERIALS AND METHODS. 472 patients with anal sphincter insufficiency were treated between 1977-2015. Of them 125 had conservative therapy. Surgical treatment was performed in 347 patients. Twenty-four patients had emergency procedure.

RESULTS AND CONCLUSIONS. The success of the rehabilitation of these patients depends on the timely and adequate surgical care at the time of the sphincter injury. 3 degrees of perineum tears in labor should be sutured by experienced obstetricians and only in layers.

Sphincteroplasty without colostomy is indicated within 24 hours after injury, while later admission of hospital requires defunctioning stoma. Gunshot sphincter damage require wound debridement without sphincteroplasty and defunctioning stoma.

[Keywords: post-traumatic anal sphincter insufficiency, sphincteroplasty, surgical tactics]

**Адрес для переписки: Линченко Владимир Иванович, ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России,
ул. Мира, д. 310, 355017, Ставрополь, тел.: +7 (903) 418-62-29, e-mail: v_liv@mail.ru**

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нарушение функции запирающего аппарата прямой кишки – тяжелый недуг, доставляющий больным много страданий. Это заболевание непосредственно не угрожает жизни, но ведет к тяжелой инвалидизации.

Среди всех видов недержания наиболее частой формой является посттравматическая, которая составляет 60-80% [3, 5, 7, 8].

В отечественной и зарубежной литературе встречаются лишь единичные сообщения, касающиеся посттравматической недостаточности анального сфинктера [1,2,4,6]. Ни в одном из доступ-

ных фундаментальных изданий по проктологии мы не нашли ответа на вопрос как поступать при повреждении сфинктера прямой кишки в экстренной ситуации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении колопроктологии с 1977 по 2015 гг. пролечено 472 больных с недостаточностью анального сфинктера, как в плановом, так и экстренном порядке. Консервативная терапия проведена 125 больным. Оперативное лечение выполнено у 347 пациентов. Распределение больных по виду травмы и степени недостаточности представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных по виду травмы и степени недостаточности анального сфинктера

Вид травмы	Степень недостаточности			Всего
	I	II	III	
Послеродовой разрыв промежности	14	34	196	244
Бытовая травма	6	43	14	63
Послеоперационная	–	6	21	27
Огнестрельное ранение	–	1	12	13
Итого	20	84	243	347

РЕЗУЛЬТАТЫ

В экстренном порядке в отделение колопроктологии поступило 24 (6,9%) пациента. Хирургическая тактика у этих больных зависела от вида травмы, сроков прошедших после полу-

чения повреждения сфинктера и от объема его дефекта.

Разрывы промежности в родах

Успех реабилитации этих больных во многом зависит от своевременной и адекватной хирургической помощи в момент повреждения сфинктера. Причиной недостаточности анального сфинктера у этих больных явилось неадекватное или тактически неверное лечение сразу после травмы.

Часто разрыв промежности третьей степени ушивается через все слои влагалища и прямой кишки, что ведет к прорезыванию нитей и развитию недостаточности анального сфинктера.

Рана промежности должна ушиваться послойно с выделением краев поврежденного сфинктера. Вначале ушивается поврежденная передняя стенка прямой кишки, затем сшиваются леваторы и сфинктер, а затем восстанавливается задняя стенка влагалища. На представленном рисунке правильно ушитая рана промежности после разрыва 3 степени.

Бытовая травма

Это падение на острые предметы, изнасилования, автоаварии с повреждением костей таза. Как правило, эти больные поступают в общехирургические стационары, отделения травматологии или сочетанной травмы. Таких больных в отделении было 63, только один больной поступил в экстренном порядке. Пациенту была выполнена первичная хирургическая обработка ран с пластикой сфинктера.

Огнестрельные повреждения сфинктера и прямой кишки

Мы имеем опыт лечения только 13 больных. Все



Рисунок 1. Больная Б. Через 7 дней после ушивания разрыва промежности 3 степени. Рана промежности ушита через все слои влагалища и прямой кишки



Рисунок 2. Больная Г. Вид послойно ушитого разрыва промежности 3 степени

Таблица 2.

Вид травмы	ПХО раны с пластикой сфинктера	ПХО раны без пластики сфинктера	ВХО с пластикой сфинктера	ВХО раны без пластики сфинктера	Наложение колостомы
Послеродовой разрыв промежности	+	-	+	+	-
Бытовая травма до 24 часов	+	-	+	+	-
Бытовая травма после 24 часов	-	-	+	+	+
Огнестрельное ранение (в независимости от сроков ранения)	-	+	-	+	+

они получили ранения во время Чеченского конфликта и поступили к нам в плановом порядке. Но нужно отметить некоторые особенности этой травмы. У всех больных недостаточность сочеталась с выраженной стриктурой анального канала. Раненым в экстренном порядке были наложены превентивные колостомы, выполнена первичная хирургическая обработка ран промежности без попытки восстановления сфинктера и леваторов. Такой же должна быть и тактика при минно-взрывных ранениях с учетом зон некроза и молекулярного сотрясения.

Тактика лечения посттравматической недостаточности анального сфинктера в экстренной хирургии

На основе анализа лечения всех видов повреждения анального сфинктера нами разработана схема показаний к выбору метода лечения (Табл. 2).

ВЫВОДЫ

1. Свежие разрывы промежности 3 степени в родах должны ушиваться опытными акушерами и только



Рисунок 3. Больной Т. ПХО с пластикой сфинктера, без наложения превентивной колостомы

послойно.

2. При бытовой травме сфинктера и поступлении в стационар до 24 часов, возможно выполнение сфинктеропластики без колостомы, после 24 часов только с превентивной колостомой.

3. Огнестрельные повреждения сфинктера нуждаются в хирургической обработке раны без сфинктеропластики и с обязательным наложением стомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. – Куйбышев., 1979. – т. 4. – 572 с.
2. Дульцев Ю.В. Лечение недостаточности анального сфинктера: Дисс... докт. мед. наук. – М., 1982. – 334 с.
3. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М., 1984. – 384 с.
4. Муравьев А.В., Линченко В.И., Муравьев К.А. Недостаточность анального сфинктера как проблема экстренной хирургии. Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. Тезисы XII Съезда хирургов России. Ростов-на-Дону, 7-9 октября 2015 г. – с. 32, 497.
5. Шельгин Ю.А., Фролов С.А., Муравьев А.В. и соавт. Колопроктология (Клинические рекомендации). М., 2015. – 526 с.
6. Barth X., Padet J.M., Laroyenne L. et al. Les incontinenances sequellaires dans la chirurgie des suppurations d'origine anale. Lyon chir. – 1985. – Vol. 81. – № 6. – p. 399-400.
7. Blaiscllell P.S. Repair of the luocontinet sphincter. ani. Amer J., 1957. – V. – 1994. – p. 573-576
8. Christiansen J. Advances in the surgical management of anal incontinence. Chirurgie. – 1992. – Vol. 118. – p. 277-283.